DE

L'OBLITÉRATION DU VAGIN



Publications de l'auteur sur cette matière.

I. Deux Observations de guérison de fistule vésico-vaginale. *Gaz. méd. de Strasb.,* 1858, p. 65-76.
II. Examen des perfectionnements récents dont a été l'objet l'opération de la fistule vésico-vaginale, avec trois nouvelles opérations pratiquées avec succès. Strasb., 1863, avec fig. In-8°.
III. Études historiques sur l'opération de la fistule vésico-vaginale, etc. Strasb., 1864. In-8°.
IV. Deux cas d'oblitération du vagin, mémoire adressé à l'Institut, publié dans la *Gaz. méd. de Strasb.,* 1872, avec fig.
V. Du Traitement des fistules vésico-vaginales (Mém. de la Soc. de chir., t. VII, p. 483-568, avec fig.). In-4°.

DE

L'OBLITÉRATION DU VAGIN

COMME MOYEN DE

GUÉRISON DE L'INCONTINENCE D'URINE

DANS LES

GRANDES PERTES DE SUBSTANCE DE LA VESSIE

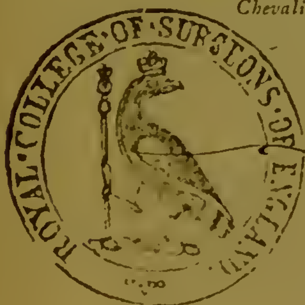
DISCUSSIONS

Soulevées par cette méthode opératoire devant l'Académie de médecine
en 1845 et 1875

PAR

LE Dr F. J. HERRGOTT

Professeur à la Faculté de médecine de Nancy,
Médecin honoraire de l'hôpital civil de Strasbourg, Membre correspondant de la Société de chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur, etc.



PARIS
BERGER-LEVRAULT & Cie, LIBRAIRES-ÉDITEURS
5, rue des Beaux-Arts, 5
MÊME MAISON A NANCY, 11, RUE JEAN-LAMOUR

1875

PRÉFACE

En remettant sous les yeux du public les discussions provoquées à l'Académie de médecine, à trente années de distance, par la proposition d'oblitérer le vagin pour guérir l'incontinence d'urine qui résulte des grandes pertes de substance de la cloison vésico-vaginale, notre intention ne peut avoir été de mettre les membres de la savante compagnie en contradiction avec eux-mêmes, mais de constater un grand progrès dans cette partie de la chirurgie réparatrice. Les maîtres qui, en 1845, ont discuté la méthode opératoire de Vidal (de Cassis) et le fait de A. Bérard ont malheureusement tous disparu. Nous n'hésitons pas à penser qu'en présence des progrès si considérables qui ont rendu relativement facile ce qui avait paru très-difficile aux uns, impossible aux autres, téméraire et dangereux à tous, ils n'eussent modifié devant les faits leur premier jugement et adopté en 1875 l'avis de leurs éminents collègues.

On comprend assez mal, généralement, le rôle que les so-

ciétés savantes sont appelées à jouer dans l'œuvre de la constitution des sciences et, par conséquent, on leur adresse d'injustes reproches. On les accuse d'entraver trop souvent l'essor de la pensée, de ne constituer qu'une opinion moyenne qui est en retard sur la marche réelle de la science, d'être les adversaires de toute novation, le frein qui ralentit et quelquefois arrête la marche du progrès. Ces reproches sont injustes; la collectivité ne peut avoir le même rôle que l'individualité.

C'est à celle-ci qu'appartient le plus souvent l'innovation; c'est elle qui s'élève dans l'exploration audacieuse et téméraire vers les régions les plus hautes, les plus dangereuses, et c'est aux sociétés, qui représentent la sagesse, à tempérer ces dangereuses aventures, à ajouter un lest salutaire à cet esquif pour régler sa marche et éviter tout essor dangereux; elles font pour la science ce que Bacon réclame pour l'intelligence par ces mémorables paroles : *Itaque hominum intellectui non plumæ addendæ, sed plumbum potius, et pondera, ut cohibeant omnem saltum et volatum* (1), sans doute pour que la marche vers le progrès ne soit jamais exposée à des chocs et des reculs et se continue avec sûreté.

Tout ce qui est doué de vie est soumis à d'incessantes transformations. Dans le domaine de la science, on voit chaque jour se modifier des idées qui, un instant, avaient semblé immuables; dans le domaine de l'art, les modifications sont

(1) *Nov. Org.* Part. sec. Summa, § CIV. (Amst. 1660, p. 112.)

plus grandes encore. Il en résulte que les préceptes ne sont que l'expression de la science et de l'art appliqués à un temps donné, mais ne peuvent jamais engager l'avenir. Au moment actuel, la méthode de Vidal (de Cassis) procure un bienfait inappréciable, mais nous sommes prêt à l'abandonner pour une restauration plus complète des organes génitaux urinaires de la femme quand de nouveaux progrès, qui peuvent déjà être entrevus, l'auront rendue possible.

Est-ce à dire que tout ce qui aura été fait antérieurement dans cette voie aura été inutile ? Loin de là : les progrès dans la science ont pour éléments et pour appuis les progrès antérieurs et ne sont jamais, ou du moins bien rarement, le résultat d'une improvisation.

Lucrèce a dit :

Quando alid ex alio reficit natura, nec ullam
Rem gigni patitur. . . . . . .

(*De rerum Natura,* I, 264.)

Nancy, avril 1875.

DE

L'OBLITÉRATION DU VAGIN

COMME MOYEN DE

GUÉRISON DE L'INCONTINENCE D'URINE

DANS LES

GRANDES PERTES DE SUBSTANCE DE LA VESSIE

L'oblitération du vagin pratiquée dans le but de guérir l'incontinence d'urine, suite de fistules vésico-vaginales trop étendues pour permettre l'affrontement des bords, est une idée française qui appartient à Vidal (de Cassis); elle est née en 1832, à l'hôpital du Midi, d'une série de circonstances fortuites, et a été presque obtenue la première fois sans qu'on l'ait cherchée, à la suite d'une cautérisation plus intense et plus étendue qu'on n'avait voulu la faire. Elle fut recherchée ensuite directement par l'auteur, la même année, par une opération plastique régulière; son succès fut de nouveau compromis par l'imprudence d'un élève.

L'auteur en parla à la Société d'émulation; le *Journal hebdomadaire* d'alors publia en partie cette communication, et en 1841 (1) il fit connaître, sous le nom de *Méthode indirecte*, dans tous ses détails, son idée et ses tentatives opératoires.

Kilian, l'auteur allemand le mieux en situation de traiter cette question historique, dit, dans *Operationslehre für Geburts-*

(1) *Traité de pathologie*, ext. v.

hülfe, t. III (*Rein chirurgische Operationen des Geburtshelfers*), p. 332. Bonn, 1856. In-8° : « A Vidal appartient la priorité de l'avoir proposée par la voie de la presse, mais à Wutzer de l'avoir pratiquée le premier (à Bonn), en juin 1832, en public, sur Marie Vincent, sans succès. »

Il est évident, pour celui qui a suivi attentivement les faits, que Vidal a aussi pratiqué son opération en 1832, on sait dans quelles circonstances; malheureusement, nous n'avons pu apprendre la date de son opération; toutefois, il est clair qu'il n'a point été inspiré par le fait du chirurgien de Bonn, qui n'a été connu, non-seulement en France, mais en Allemagne, que bien des années après. Dans le livre de Kilian, collègue de Wutzer à l'Université de Bonn, cette méthode opératoire est appelée *méthode indirecte,* du nom que Vidal lui avait donné.

Il nous paraît impossible de ravir à notre compatriote l'honneur d'avoir, en dehors de toute inspiration étrangère, conçu cette opération, de l'avoir pratiquée et surtout de l'avoir publiée.

A la fin de 1844, Auguste Bérard pratiqua de nouveau cette opération sur une femme affectée d'une perte de substance énorme, comprenant toute la paroi postérieure de la vessie, de son col et d'une partie de l'urèthre, avec hernie de la muqueuse vésicale dans le vagin, à travers l'hiatus vésical. La cicatrisation était presque complète, l'urine s'écoulait claire et limpide par la sonde placée à demeure. Aucun phénomène morbide grave ne s'était manifesté à la suite de l'opération. Pendant trois semaines les choses furent dans un état tel qu'on pouvait concevoir l'espoir d'un entier succès, lorsqu'il se développa tout à coup, après la troisième semaine, des accidents inflammatoires dans le péritoine et la plèvre, auxquels la malade succomba dix-sept jours après, par conséquent trente-huit jours après l'opération. A l'autopsie on trouva une péritonite partielle et disséminée très-intense, les deux plèvres enflammées et tous les autres organes

dans une intégrité parfaite. La vulve était oblitérée, sauf deux petits pertuis. Lorsque ce fait fut communiqué par Bérard à l'Académie de médecine, dans la séance du 11 février 1845, il déchaîna une véritable tempête. La discussion occupa les séances du 18 et du 25 février. Les accoucheurs et les chirurgiens de la savante compagnie furent unanimes pour repousser l'idée de Vidal (de Cassis) et blâmer Bérard de l'avoir mise en pratique.

Nous citons, d'après le compte rendu de l'Académie inséré dans la *Gazette médicale de Paris*, 1845, p. 126 et suivantes :

« Le procédé de M. Bérard est irrationnel, dit P. Dubois; en entreprenant cette opération, il n'avait pas de motifs suffisants d'espérer qu'elle eût du succès; il l'a tentée avec des chances tout à fait inconnues... rien ne prouve que la réunion eût pu devenir complète. C'est l'opération qui à provoqué l'inflammation à la suite de laquelle la malade a succombé. »

« L'oblitération du vagin, dit Blandin, n'est, je n'ose pas dire absolument, mais presque pas possible. L'opération n'a pas réussi, elle n'a pas donné d'autres résultats que ceux qui pouvaient être prévus d'après les faits antérieurs; ce fait ne changera pas les idées à cet égard. »

« L'opération, dit Gerdy, n'était pas de nature à devoir réussir; cette opération ne peut pas être considérée encore comme convenable et rationnelle... Le procédé de M. Vidal (de Cassis) ne doit pas entrer encore dans la pratique, bien qu'il y ait assurément des raisons pour le soutenir. »

C'est en vain que Bérard répond que dans le cas qu'il a opéré il n'y avait plus ni bas-fond de la vessie ni paroi antérieure du vagin; que l'opération pratiquée par lui avait été la seule ressource pour guérir l'incontinence d'urine; que l'oblitération vaginale est très-difficile, mais non impossible à obtenir, puisque chez une femme observée par Dupuytren, et chez une autre citée par Carteaux, l'oblitération du vagin s'était faite spontanément.

Moreau, dans la séance suivante (1), approuve les reproches qui avaient été adressés à l'opération de Vidal (de Cassis) et dit que vouloir obtenir l'oblitération du vagin est une tentative irrationnelle, car, en supposant qu'on réussît, on ne ferait que transformer une infirmité en une autre plus grave encore, et qu'on pourrait compromettre l'existence par les accidents que causerait la rétention des règles, car elles ne peuvent prendre leur cours par l'urèthre...

Roux, qui pense comme tout le monde que l'opération n'est ni convenable ni rationnelle, admet cependant que si les objections qui ont été adressées n'ont pas la valeur qu'on leur a donnée, il en est d'autres à lui faire : celle de condamner la femme à l'impuissance, ce qui est chose excessivement grave.

Velpeau dit que l'opération de Vidal n'a été proposée que pour des cas exceptionnels, et tout en n'en étant point partisan, il ne croit pas qu'on doive la rejeter absolument; elle est difficile, mais non impossible, et n'empêche pas l'écoulement du sang menstruel, qui est excrété par l'urine, ainsi qu'il en a observé un cas où cette excrétion avait eu lieu par le canal et un pertuis qui était resté à la suite d'une oblitération spontanée qu'il essaya de détruire et qui se reproduisit rapidement; ce ne peut pas être une méthode générale, mais tout exceptionnelle et applicable aux femmes de quarante ans.

Dans la séance du 4 mars (2), Bérard répondit de nouveau à ses contradicteurs que l'opération de Vidal est la seule ressource qu'on puisse employer, dans certains cas déterminés, pour guérir les femmes de la plus horrible infirmité qui en fait un objet de dégoût, brise tous les liens sociaux et les condamne au désespoir; qu'en présence de cas semblables au sien, l'art est complétement impuissant;

(1) 25 février 1845, *Gazette médicale de Paris*, p. 142.

(2) *Gazette médicale*, p. 154.

Que ce procédé n'est pas impossible, comme on a voulu le dire, car la nature produit quelquefois le résultat que le chirurgien recherche; que l'urine n'empêche pas la cicatrisation des plaies, et qu'on pourrait même au besoin détourner le cours des urines;

Qu'elle n'est pas si dangereuse, car des trois tentatives, deux de Vidal et la sienne, celle-ci a seule été suivie de mort, sans qu'on puisse l'attribuer certainement à l'opération pratiquée depuis trente à quarante jours;

Que les règles ne sont pas retenues, et que chez les femmes âgées elles ne peuvent plus l'être; que le vagin s'accommode au contact de l'urine; que ce liquide ne peut passer par l'utérus dans le péritoine; que quant à l'impuissance, elle existe de fait chez les malheureuses frappées de cette horrible infirmité; que l'opération est donc possible et rationnelle.

Nous avons voulu mettre sous les yeux les arguments produits par les chirurgiens éminents de l'époque pour et contre cette opération, car, malgré le temps qui s'est écoulé, les progrès qui se sont accomplis, il est encore des esprits judicieux chez lesquels le *veto* si solennellement exprimé conserve son influence.

L'effet de ce verdict fut de décourager en France les chirurgiens d'entrer dans la voie ouverte par Vidal, défendue avec tant de talent par Bérard, qui débutait alors dans une brillante carrière qui devait se terminer trop tôt.

Peu après cette discussion, Vidal (de Cassis) la résuma dans les *Annales de la chirurgie française et étrangère* (1) et le silence se fit en France autour de cette proposition.

Elle ne devait revivre que quand le traitement des fistules vésico-vaginales aurait subi l'influence des perfectionnements si considérables dont il a été l'objet.

Les Allemands et les Américains entrèrent de nouveau les pre-

(1) T. XIV, p. 5.

miers dans cette voie. Un article publié par Bozeman, dans le n° 43 du *New-York Record,* t. II, année 1867, dans lequel l'auteur revendiquait la priorité du succès de cette opération, donna lieu à une réponse de G. Simon, publiée dans la *Deutsche Klinik,* 1868, n°s 44 et 45, dans laquelle ce chirurgien prouve que cette heureuse priorité lui appartient, et que le premier cas opéré par lui remonte à 1856 et a été publié dans le n° 35 de la *Deutsche Klinik.*

Cette opération, ressource suprême contre l'incontinence, suite de grandes pertes de substance du vagin ou de communication de la vessie avec la cavité de la matrice, comme Vidal en avait limité les indications, devait devenir d'une application d'autant plus rare que les moyens de guérir les grandes pertes de substance seraient plus perfectionnés. Elle est imposée quelquefois par le travail que la nature a entrepris elle-même; d'autres fois elle l'est par la disposition de la perte de substance, son étendue et ses rapports avec les parties voisines; elle reste toujours la ressource ultime à laquelle le chirurgien n'a le droit de recourir que quand l'impossibilité ou l'insuffisance des autres restaurations est absolument reconnue. Dans ces cas se pose le problème suivant: vaut-il mieux condamner une femme à la stérilité qu'à la cruelle infirmité dont elle est affligée? La réponse du côté de la femme, de son mari, n'est pas douteuse un seul instant; en tout cas, leur assentiment à cette opération est absolument indispensable après que les conséquences en ont été exposées.

Dans les modes opératoires il y a aussi un choix à faire : le meilleur, le plus avantageux pour la femme, sa vie conjugale, sera celui qui lésera le moins la disposition naturelle de ses organes, et il est clair que l'oblitération qui laissera au vagin la longueur la plus grande sera aussi celle qui devra être préférée. Dans quelques circonstances il pourra se faire qu'elle soit praticable au fond même du canal vaginal, qui conservera alors presque toute

sa longueur et restera un organe de copulation, stérile il est vrai. Cette proposition peut paraître étrange. Si vous pouvez faire la suture si haut, me dira-t-on, pourquoi ne pas la disposer de façon à rejeter l'orifice utérin dans le vagin plutôt que dans la vessie? On doit toujours rechercher ce but, cela est vrai, mais il ne peut pas toujours être atteint; la lèvre antérieure du col qui forme la paroi de la perte de substance peut avoir été altérée si profondément qu'elle ne peut servir de point d'appui pour la suture; le col peut aussi être si complétement altéré par le travail de la cicatrisation qui a suivi l'élimination de la partie mortifiée, qu'il n'est plus possible de l'emprunter pour y faire une suture, et que pour obtenir une adhésion solide on est obligé de prendre une portion de la paroi vaginale postérieure, ce qui rejette alors le col dans la vessie.

Le triomphe de l'art consiste dans la restauration complète des organes et de leurs fonctions, mais quand ce but ne peut être atteint, on peut s'estimer heureux d'avoir guéri l'incontinence au prix de la stérilité.

Cette opération d'origine française n'a été que rarement pratiquée chez nous; l'ouvrage de Deroubaix, si riche en informations, ne mentionne aucune tentative opératoire française suivie de succès.

Nous avons oblitéré le vagin quatre fois, deux fois en achevant ce que la nature avait commencé et deux fois de propos délibéré, puisque les circonstances nous l'imposaient; des deux premiers faits, un a été adressé à l'Académie des sciences et publié dans la *Gazette médicale de Strasbourg,* en octobre 1872.

Des deux derniers faits, un seul a été publié avec le précédent travail; les trois figurent dans mon mémoire sur le traitement des fistules vésico-vaginales inséré dans le tome VII, p. 483, des *Mémoires de la Société de chirurgie;* ils portent, dans le tableau synoptique de mes opérations, les n°s 6, 11 et 12. Celui qui accompagne ce travail portera le n° 15.

Voici le sommaire des trois cas publiés suivis de l'observation inédite :

Observation VI. — *Grande perte de substance de la paroi vaginale antérieure; fermeture cicatricielle du vagin, sauf deux pertuis; occlusion de ceux-ci par la suture; péritonite; mort le dixième jour.* (Octobre 1864.)

Observation XI. — *Grande perte de substance; vagin fermé par une cloison cicatricielle, sauf une ouverture admettant deux doigts; une première opération réduit l'étendue de l'ouverture; après une deuxième opération, il reste un petit pertuis qui est fermé par une troisième opération.* (Mars 1872.)

Observation XII. — *Paroi vaginale antérieure détruite totalement; hernie de la muqueuse vésicale dans le vagin : première opération, insuccès complet; deuxième opération* (en deux sections), *réduction considérable de la fistule; troisième opération,* guérison; *menstruation par le vagin.* (Mai 1872.)

Observation XV. — *Fistule vésico-utéro-vaginale mesurant une longueur de 6 centimètres; déformation cicatricielle du col; hernie vésicale dans le vagin : première opération réunissant la portion droite; deuxième opération réunissant la portion gauche; il reste une petite ouverture au centre qui est fermée par une troisième opération; menstruation par la vessie.* (Observation recueillie par le Dr Marchal, chef du service clinique des accouchements.)

Mme Marie-Madeleine Cl..., âgée de vingt-trois ans, petite (1m,50), cheveux châtains, tempérament lymphatique, nerveuse, d'une bonne santé habituelle, n'a marché qu'à l'âge de quatre ans. Ses jambes et ses cuisses présentent de légères courbures rachitiques. Réglée depuis l'âge de seize ans, cinq ou six jours par mois régulièrement et abondamment, elle s'est mariée au mois de mai 1871. Elle n'a vu ses règles reparaître que deux ou trois fois après son mariage : puis elle est devenue enceinte, sa

grossesse s'est très-bien passée. Elle dit ne s'être jamais si bien portée qu'à cette époque.

Elle se considérait comme à terme, lorsque les premières douleurs se déclarèrent dans l'après-midi du *mardi 4 juin 1872*. La sage-femme la visita une première fois à six heures du soir; puis à une seconde visite faite le même jour à neuf heures, elle rompit la poche des eaux. Ses douleurs se suspendirent pendant deux heures environ, puis reparurent en se reproduisant de dix minutes en dix minutes avec une grande intensité. Elles durèrent ainsi jusqu'au *samedi 8 juin;* la parturiente étant alors extrêmement fatiguée et épuisée, on fit appeler le docteur V... qui conseilla d'appliquer sur le col utérin de la pommade belladonée; cette prescription fut immédiatement exécutée, *samedi 8, cinq heures du matin*. Les douleurs persistèrent encore toute la journée et le soir la fatigue de la femme Cl... était telle qu'elle fut prise d'un délire qui dura toute la nuit. *L'accouchement se termina spontanément le dimanche 9 juin, à six heures du matin*, par l'expulsion d'un enfant du sexe masculin, volumineux et mort-né. Ajoutons qu'un bain avait été donné le *mercredi 5*, et que Mme Cl... déclare n'avoir plus senti les mouvements de l'enfant après le moment où les membranes ont été rompues.

Suites des couches. — Les deux premiers jours se passèrent sans que la famille remarquât rien de particulier. La mère de l'accouchée lui pratiquait des injections vaginales; l'introduction de la canule était difficile et douloureuse; les parties génitales externes étaient extrêmement rouges et tuméfiées; l'écoulement du sang était normal.

Le quatrième jour, des lambeaux volumineux sphacélés se présentèrent à l'entrée du vagin qu'ils obstruèrent; ils se détachèrent par fragments ou furent enlevés à l'aide de ciseaux, du cinquième au douzième jour.

L'écoulement lochial, qui était devenu fétide, cessa presque en-

tièrement après l'élimination des parties mortifiées et ne dura pas plus longtemps qu'après les couches normales.

Dès le quatrième jour, les urines s'étaient écoulées par le vagin; depuis cette époque, elles mouillent continuellement les parties génitales de cette pauvre femme. Des soins extrêmes de propreté ne peuvent l'empêcher de répandre une odeur ammoniacale assez prononcée, mais ils ont préservé les cuisses de toute trace d'irritation.

Les règles n'ont pas reparu depuis l'accouchement; cependant, à des époques indéterminées, un sentiment de tension douloureuse dans le bas-ventre a été observé.

Mme Cl... est entrée à l'hôpital Saint-Charles au mois d'août 1872, et après *un séjour de six mois* elle est sortie sans qu'on ait cru devoir l'opérer. Au mois de décembre 1873, M. le professeur Herrgott, consulté par elle, se décida à tenter une opération destinée à guérir cette infirmité. Dix-huit mois s'étaient écoulés depuis l'accouchement.

Examen le 22 décembre. Quand on introduit le doigt dans le vagin, on suit la paroi vaginale dans une étendue de 4 centimètres environ. A cette profondeur on rencontre une large ouverture occupant toute la largeur de la paroi vaginale antérieure et se prolongeant jusqu'au col utérin. A travers cette ouverture on pénètre dans la vessie, dont la muqueuse forme hernie dans le vagin. Ce conduit est lui-même rétréci, ses culs-de-sac adhèrent au pourtour du col, qui se présente sous la forme de deux petits tubercules circonscrivant une cavité infundibuliforme dans laquelle on n'a pas réussi à faire pénétrer une sonde du plus petit calibre.

La portion de la paroi vaginale qui se trouve en avant de l'ouverture est épaisse, elle semble adhérente à la partie postérieure du pubis ; elle est du moins très-peu mobile et il semble impossible de lui rendre assez de mobilité pour pouvoir la réunir aux parties correspondantes de la fistule.

En faisant pénétrer une sonde dans le canal de l'urèthre, on constate qu'il a toute son étendue normale, qu'il est perméable, que le col vésical n'a pas été intéressé dans la perte de substance, cette dernière ayant eu lieu uniquement aux dépens du bas-fond de la vessie.

Quand on déprime fortement la paroi vaginale postérieure avec le spéculum univalve de M. Herrgott, on met complétement à découvert l'ouverture qui fait communiquer largement la vessie et le vagin. On peut constater *de visu* que la fistule a au moins 6 centimètres de largeur et qu'elle s'étend jusqu'au point où le vagin s'insère sur le col. On aperçoit ce dernier au fond, en arrière et à gauche; il est formé par deux lèvres d'un petit volume séparées par une fente transversale dans laquelle on aperçoit un petit pertuis.

La malade entre le 17 janvier 1874 au service de la clinique d'accouchement où M. le professeur Stoltz veut bien l'admettre : on lui prescrit un purgatif le 20 au soir.

Le 21 janvier on procède à l'opération avec le concours de MM. Roussel, professeur adjoint; Gross, professeur agrégé; M. le Dr Marchal, et en présence des internes et des élèves de la Faculté qui suivent la clinique.

Les avantages de la position dorsale inclinée et la supériorité du spéculum de M. Herrgott sur tous les autres moyens d'exploration et de fixation de la fistule furent appréciés par tous.

Après avoir de nouveau constaté l'état de mobilité des parties moyennant de petites érignes, l'état du col, et vu le peu de surface que présentait la lèvre antérieure de cet organe, M. Herrgott se proposa d'abord d'opérer le côté droit; à cet effet, il circonscrivit toute la partie droite d'une auréole d'avivement de 8 millimètres de largeur : cette auréole intéressait dans cette partie, en avant la lèvre inférieure antérieure, en arrière la paroi vaginale postérieure jusqu'au niveau où elle se confondait avec le col. Des

fils d'argent furent passés dans les deux lèvres et leur constriction eut pour effet de rendre le rapprochement plus facile qu'on ne l'aurait cru. L'avivement de la lèvre postérieure s'était arrêté vis-à-vis le col et l'intention de l'opérateur avait été de le prolonger sur le col; mais il ne tarda pas à voir combien cet organe offrait peu de prise et de surface libre pour cela. L'opération fut arrêtée là. En réunissant par des fils les deux lèvres avivées de la plaie, la muqueuse vésicale disparut derrière la fente, et aussi le col qui, par le rapprochement des lèvres de la perte de substance à droite, subit un mouvement de bascule qui le rejetait dans la vessie avec la plus grande facilité. Il en résulta un rapprochement plus considérable des lèvres de la perte de substance. L'opérateur résolut alors de poursuivre la réunion de cette façon et de ne laisser à gauche qu'une ouverture d'un centimètre de diamètre environ; dix fils furent placés et transformèrent ce hiatus en une ligne à gauche de laquelle était la partie non opérée. Il crut prudent d'en rester là pour cette séance qui avait duré deux heures, pendant lesquelles la malade avait été maintenue exactement chloroformée dans cette situation anormale par les soins de M. Gross.

Au réveil, la malade fut prévenue que l'opération n'avait pas été achevée et que l'écoulement de l'urine ne serait pas arrêté.

Le résultat de l'opération fut celui-ci :

Les dix fils qui avaient été placés avaient singulièrement réduit cet hiatus dont il ne restait plus qu'une ouverture à gauche et en haut, admettant l'extrémité du petit doigt.

La malade ne souffrit que peu pendant deux jours et rien de particulier ne se présenta.

Le 28 (septième jour), on enleva les fils et l'on constata que les bords de la plaie étaient parfaitement réunis, surtout dans le côté droit, à l'angle inférieur; vers l'ouverture, à gauche, la réunion parut moins assurée. On permit à la malade de se lever le 1er fé-

vrier; on l'examina le 4: la plus grande partie était réunie; à gauche, comme cela avait été prévu, une portion de la réunion avait été compromise. On renvoya la malade chez elle et on promit de fixer ultérieurement le jour où l'on tenterait une nouvelle opération.

La malade rentra au service au commencement d'avril.

L'examen démontra que toute la partie droite était restée bien réunie, que l'ouverture s'était agrandie et s'étendait presque jusqu'au milieu. Il n'y avait plus de hernie vésicale et la matrice était restée cachée derrière la partie réunie.

La malade fut purgée le 7 avril, et le 8 il fut procédé à la deuxième opération, en présence des mêmes élèves et avec le concours des mêmes collègues et confrères que la première fois.

On aviva le pourtour de l'ouverture anormale dans une largeur de 8 millimètres à 1 centimètre, neuf fils furent placés. L'opération dura une heure et demie; pendant ce temps, l'anesthésie fut maintenue complète.

On ne plaça pas de sonde dans la vessie.

Les urines furent sanguinolentes pendant la journée; dans la soirée, douleurs vives dans le bas-ventre.

On prescrivit une potion laudanisée et l'on fit une injection d'eau dans la vessie pour diluer les urines; le cathétérisme fut nécessaire.

9. Douleurs moins vives, urines toujours sanguinolentes, deux injections vaginales et deux injections vésicales, pas de selles, cathétérisme.

10. A partir de quatre heures du matin, la malade a uriné spontanément, les urines sont toujours sanguinolentes. On ne s'explique pas ce phénomène, car l'opération n'a attaqué aucun vaisseau. Il ne peut être attribué qu'à la menstruation qui serait arrivée en même temps que l'opération, et qui, vu la suppression de ce phénomène, n'avait pu être prévue.

Soir. La malade continue à uriner spontanément, les urines sont toujours rouges; pouls fréquent, sensibilité vive dans la région sus-pubienne, céphalalgie; cataplasmes laudanisés.

11. Nuit bonne; la céphalalgie a disparu, le ventre est souple, indolent; la malade a uriné dans son lit pendant son sommeil sans s'en apercevoir. Éveillée, elle urine volontairement à peu près toutes les heures; urines toujours sanguinolentes; pouls, 108; température, 37°.

12. A uriné volontairement, les urines ne sont plus sanguinolentes; vers neuf heures du matin elle éprouve une pression dans le bas-ventre; peu après les urines passent de nouveau par le vagin.

État général satisfaisant.

Les fils sont enlevés le 14 avril, on constate au centre un pertuis non réuni pouvant admettre un crayon. L'opérée se lève et sort au bout de quelques jours.

La malade rentre à l'hôpital le 28 juin, elle est purgée le 30 *et l'on procède à la troisième opération le* 1er *juillet*, avec l'assistance des élèves et le concours de MM. Gross et Marchal.

On constate au centre une ouverture arrondie, pouvant admettre le bout du petit doigt. Les bords de cette ouverture sont mous et souples; à gauche et à droite on voit une ligne cicatricielle dirigée obliquement de droite à gauche, de bas en haut.

Une large auréole d'un centimètre est tracée autour de cette ouverture et enlevée d'une seule pièce. Après la régularisation des bords, on passe neuf fils métalliques qui les réunissent exactement. L'opération a duré une heure seulement et a été faite pendant l'anesthésie. Au réveil, la malade est placée dans son lit.

Elle n'éprouve ni fièvre, ni douleur, ni aucune gêne dans la miction pendant les cinq jours qui suivent.

Elle urine d'abord quatre fois, puis deux fois seulement pendant la nuit. Aucune réaction fébrile. Les fils sont enlevés le 6 au

soir; on constate une réunion solide et une contention parfaite de l'urine.

L'enlèvement des fils est fait en présence de M. le professeur Stoltz, et avec le concours de M. Marchal et de tous les élèves.

Le 10, elle est examinée au spéculum par M. Stoltz, le 11 par M. Roussel, qui constatent une réunion exacte.

L'apparence que présente la cicatrice dans l'aire du spéculum plein est celle d'un col raccourci et fermé par une fente oblique de droite à gauche et de bas en haut.

L'opérée ne sait comment exprimer sa joie et son bonheur, elle se lève une partie de la journée.

Le 12, elle va à l'église, se promène dans la cour sans éprouver la moindre incommodité. Elle n'urine que deux fois pendant la nuit et de plus en plus rarement dans la journée.

Le soir, elle éprouve des douleurs de reins et une pesanteur dans le bas-ventre, et le 13 elle remarque que les urines sont sanguinolentes; elles restèrent ainsi toute la journée.

Le 14 et le 15, même état.

Le 16 au matin, elles ont repris leur couleur normale.

L'état général de la malade a été excellent, aucune incommodité ni humidité dans le vagin; l'émission de l'urine est très-facile. Il est évident que la menstruation a été la cause de cette coloration de l'urine, que l'*excrétion du sang s'est faite par cette voie.*

Ce n'est pas sans un certain sentiment d'anxiété que nous attendions le rétablissement de la fonction menstruelle.

Bien qu'avant la première opération, lors des examens qui l'avaient précédée, nous eussions eu la conviction que le col complétement déformé, usé pour ainsi dire par la modification et le travail réparateur, n'avait pas été fermé, puisqu'à un moment nous avions vu sourdre à son centre une gouttelette de sang, et qu'après la deuxième opération l'état sanguinolent des urines n'ait pu avoir

été attribué qu'à la menstruation, nous étions impatient de voir, après la guérison de la fistule, cette fonction se rétablir par la voie vésicale pour avoir la certitude que des accidents de rétention ne nous imposeraient pas une douloureuse intervention dont le moindre inconvénient aurait été de nous forcer à reproduire la communication anormale dont la fermeture avait exigé tant d'efforts.

A ce point de vue, le phénomène qui s'était produit nous avait causé une vive satisfaction, *car il nous permet de dire que la malade est définitivement guérie.*

Cinq mois après, l'opérée, que nous avons rencontrée en chemin de fer avec son mari, nous a manifesté sa vive satisfaction d'être complétement rétablie.

Après ces faits, nous ne croyons plus avoir à discuter la légitimité de cette opération ni la possibilité d'obtenir par elle la guérison de la plus horrible des infirmités persistantes et compatibles avec une longue existence; sans les perfectionnements que la science a acquis et auxquels nous croyons avoir coopéré, elle n'aurait pu être amenée à bonne fin.

Dans la séance du 16 mars 1875 de l'Académie de médecine, M. Giraldès, au nom d'une commission composée de MM. Hirtz, Verneuil, Giraldès, rapporteur, donne lecture du rapport suivant sur un mémoire de M. le professeur Herrgott, intitulé : *De l'Oblitération du vagin comme moyen de guérison de l'incontinence d'urine produite par les vastes pertes de substance de la vessie.*

« Messieurs, le 11 février 1845, un éminent chirurgien, Auguste Bérard, faisait connaître à cette Académie le résultat des tentatives qu'il venait de faire de la méthode de Vidal (de Cassis), l'oblitération du vagin, pour guérir une vaste fistule vésico-vaginale.

« La communication du chirurgien de la Pitié rencontra dans cette enceinte une vive et très-énergique opposition; malgré une très-habile défense, la tentative de Bérard fut blâmée et la méthode de Vidal condamnée sans appel!...

« Depuis cette époque, la thérapeutique, la médecine opératoire des fistules vésico-vaginales s'est beaucoup perfectionnée, s'est enrichie de procédés ingénieux et efficaces; les brèches vésico-vaginales qui, en 1845, étaient regardées comme incurables, sont aujourd'hui guéries par les procédés nouveaux; mais malgré l'excellence de ces mêmes procédés, malgré l'expérience des opérateurs, on rencontre parfois des fistules qui par leur amplitude échappent à l'application des procédés les plus efficaces; c'est pour ces cas que la méthode de Vidal (de Cassis) trouve une indication.

« Le mémoire adressé à l'Académie par M. le professeur Herrgott (de Nancy) a pour but d'établir la valeur et l'utilité de l'opération conseillée par Vidal en 1832. Ce travail, intitulé : *De l'Oblitération du vagin pour guérir l'incontinence d'urine produite par les vastes pertes de substance de la vessie,* est appuyé de quatre observations dans lesquelles cette opération a été pratiquée.

« L'idée et l'opération de Vidal (de Cassis), si malmenées dans la discussion académique de 1845, ont été reprises quelques années après par le professeur Gustave Simon, alors à Darmstadt; ce professeur publia d'abord, dans le journal la *Deutsche Klinik* de 1856, n° 35, p. 357 à 361; plus tard, en 1858, dans la gazette mensuelle, *Monatschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten,* vol. XII, p. 42, pl. 2, le résultat de ses tentatives ainsi que ses premiers succès. C'est surtout en 1867, dans un livre publié à Prague (rapport clinique : *Mittheilungen aus der chirurgischen Klinik des Rostocker Krankenhauses*), qu'il fit connaître plus complétement le résultat de sa pratique, et qu'il exposa avec soin tout ce qui concerne cette opération, à laquelle il donna le nom de *Kolpok-*

leisis (oblitération transversale du vagin); seize observations de succès recueillies dans sa pratique, et d'autres faits du même ordre recueillis dans la pratique d'autres chirurgiens (Wilms, Esmarch, Bardeleben, Wagner) déposent en faveur de l'utilité de cette opération; ces succès mêmes n'autorisent cependant pas à confondre méthode et procédé, et à oublier un peu l'origine de cette opération.

« En effet, en 1868, dans une lettre adressée au docteur Bozeman (de New-York), lettre publiée dans la *Deutsche Klinik,* n° 45, p. 400 à 402, l'ancien professeur de l'Université de Rostock, après avoir rappelé la date précise de la publication de ses premières opérations et avoir fait complète justice des prétentions du chirurgien américain, réclame l'honneur de cette opération... Comme réponse à cette lettre, le docteur Bozeman publia dans le numéro d'octobre du journal : *American Journal of medical sciences,* un article : *Vesico-vaginalis fistula, comparative analysis of surgical methods,* etc., dans lequel il critique très-vivement les opérations et les idées du professeur allemand et accorde tout avantage aux méthodes américaines.

« Sans doute, les modifications et les perfectionnements apportés par le professeur Gustave Simon à la méthode de Vidal ont beaucoup contribué au succès de cette opération; son procédé diffère essentiellement de celui de Vidal et lui est supérieur: dans le premier, en effet, on oblitère le vagin en affrontant la lèvre antérieure de la fistule sur la paroi postérieure de ce canal, et cela le plus haut possible, de façon à conserver une longueur assez grande au canal vaginal; dans le second, on ferme le vagin tout près de la vulve, en avant de la fistule; le premier constitue un véritable progrès. Mais on doit se le rappeler, Vidal imagina son opération en 1832, époque à laquelle la thérapeutique et la médecine opératoire des fistules vésico-vaginales étaient à peine ébauchées, alors que M. Gustave Simon imagina la sienne à une

époque où le traitement de ces fistules était en plein perfectionnement. Si donc il est juste de reconnaître qu'au professeur de Heidelberg revient l'honneur des premiers succès, la *vérité historique,* la *vérité scientifique,* commandaient de dire que l'idée première de cette opération, c'est-à-dire d'*essayer de guérir par l'oblitération du vagin les grandes pertes de substance de bas-fond de la vessie incurables par les autres procédés*, cette idée est d'origine française, elle appartient à Vidal (de Cassis).

« L'opération dont nous venons de parler a été, à ma connaissance, pratiquée trois fois en Angleterre par M. Spencer Wells, une fois avec un entier succès, deux fois avec grande amélioration.

« Le mémoire adressé à l'Académie par le professeur de Nancy vient ajouter de nouveaux faits à ceux déjà connus, et prouver une fois de plus que, dans des cas exceptionnels, la méthode de Vidal (de Cassis) peut fournir aux chirurgiens une ressource précieuse. En faisant connaître à l'Académie le résultat de ses travaux, en appelant l'attention des chirurgiens sur une opération d'origine française et négligée chez nous, M. Herrgott a rendu à l'art et à la science de la chirurgie un service qu'il est du devoir de cette Académie de reconnaître et d'encourager.

« C'est pourquoi la commission a l'honneur de vous proposer :

« 1° D'autoriser l'insertion en entier de la quatrième observation du travail de l'auteur dans le corps de ce rapport ;

« 2° De remercier M. le professeur Herrgott de son intéressante communication ;

« 3° De renvoyer son travail à la commission des correspondants nationaux pour être ajouté au dossier scientifique de ce candidat.

« M. Verneuil : M. Giraldès a bien fait ressortir dans son rapport la part qui revient à la chirurgie française dans le traitement indirect des larges fistules vésico-vaginales. Je rappellerai qu'avant Vidal (de Cassis) J. L. Petit avait publié une observation faisant pressentir la possibilité de pallier ces vastes pertes de substance ;

il y est question d'une certaine dame atteinte d'oblitération vulvaire coïncidant avec une large fistule vésico-vaginale. Il n'en reste pas moins acquis que c'est réellement Vidal (de Cassis) qui, le premier, a conçu réellement l'idée de la méthode mise en pratique aujourd'hui.

« J'ai eu, pour ma part, quatre fois l'occasion de faire cette opération, et je n'ai eu qu'un insuccès complet; dans ce cas, il est vrai, l'état général de la malade était des plus mauvais. Dans les trois autres fois où j'ai réussi, il m'a toujours fallu faire des opérations complémentaires; jamais je n'ai pu obtenir l'oblitération du premier coup; il resta toujours des pertuis que je dus oblitérer plus tard. Les observations ont été du reste publiées dans les thèses de mes élèves.

« Quant au choix entre l'oblitération vulvaire et l'oblitération vaginale, je suis porté à préférer la première, et voici mes raisons : Quand on invite une femme à subir cette opération, on remarque qu'elle fait assez volontiers le sacrifice de sa fécondité et même des rapprochements sexuels : elle renoncerait à tout pour se débarrasser d'une infirmité dégoûtante. Malheureusement il n'en est pas de même des maris, qui souvent, après la guérison, se livrent à des manœuvres compromettantes pour le succès permanent de l'opération. J'ai vu, entre autres, une de mes malades que j'avais opérée et complétement guérie, revenir quelque temps après avec une récidive par suite des tentatives réitérées de son mari, tentatives qui avaient amené une rupture de l'oblitération obtenue à si grand'peine.

« Je pense qu'il faut tenir compte de ces faits pour supputer les chances de succès et d'insuccès.

« En somme, on peut dire que l'oblitération vulvo-vaginale donne de bons résultats puisqu'elle m'a réussi trois fois sur quatre et à peu près dans les mêmes proportions qu'entre les mains de M. Herrgott.

« M. Giraldès : Je regrette de ne pas partager entièrement l'opinion de M. Verneuil sur le choix entre l'oblitération vaginale et l'oblitération vulvaire. En oblitérant à la vulve, surtout s'il reste une grande brèche vers le bas-fond de la vessie, on laisse derrière l'oblitération un cul-de-sac, un diverticulum où des liquides, des matières peuvent s'amasser; on y a même dans certains cas trouvé des calculs. Par l'autre procédé on n'a pas à craindre ces inconvénients, et l'on facilite l'écoulement des règles.

« M. Verneuil : Je ferai remarquer à M. Giraldès qu'il n'est pas toujours facile d'opérer ainsi au fond du vagin ou sur sa paroi postérieure, surtout dans les cas où les deux tiers de la cavité vaginale ont disparu ou se trouvent sillonnés par des brides cicatricielles. Voici même un jour ce qui m'est arrivé :

« J'avais affaire à une fistule vésico-vaginale rendue inaccessible par un rétrécissement du vagin; des parois antérieures et postérieures de cette cavité partaient deux saillies valvulaires allant à la rencontre l'une de l'autre et qu'il semblait bien facile de réunir pour oblitérer le vagin vers le milieu de sa hauteur. J'avivai d'abord la saillie postérieure avec le bistouri, lentement et en dédolant, quand tout à coup je vis apparaître quelque chose d'anormal : c'étaient deux appendices épiploïques. J'étais tombé dans le cul-de-sac péritonéal postérieur. Je remis les appendices en place, et j'appliquai trois points de suture. L'opération, qui naturellement en resta là, ne fut suivie d'aucun accident. J'avoue que cela m'a empêché depuis d'opérer trop haut ou trop en arrière dans un vagin où, par suite de lésions variables, les organes ne présentent plus leurs rapports normaux. »

M. le Président met aux voix les conclusions du rapport de M. Giraldès. Ces conclusions sont adoptées.

Nancy. — Imp. Berger-Levrault et Cie.